

東洋大学学術情報リポジトリ Toyo University Repository for Academic Resources

脳炎後遺症症例の病理をどのように考察していくか

著者	後藤 晴美
雑誌名	「エコ・フィロソフィ」研究 別冊
号	7
ページ	93-98
発行年	2013-03
URL	http://doi.org/10.34428/00005181

脳炎後遺症症例の病理をどのように考察していくか

後藤晴美（重症心身障害児施設秋津療育園）

1、症例を読み解くために

脳損傷後、脳は不安定な状態から安定した状態に戻ろうと新たなシステムを形成する。セラピストはなぜそのようなシステムが形成されていったのか、症例を通し、読み進めなければならない。これが非常に厄介である。

従来のリハビリテーションは、身体上、動作上の観察と、ADLといったその人を取り巻く環境、発達心理検査等を手掛かりに、評価を進めてきた。1つ1つの評価から「統合した」問題点に対し、直接的かつ間接的なアプローチを行う。そのベースになっているものが「正常」との比較である。正常に近づけることを目的に訓練を行うことや、あるいは周囲からその逸脱部分を補うことを提案するのである。

認知運動療法（現認知神経リハビリテーション）は、正常との比較ではなく、本人の生きている世界を推察することから始まる。今まで行ってきたような「外部観察」から「内部観察」と呼ばれる患者内部の世界の観察、そこに隠されている病理（仮説）を考え、それに対するアプローチから、再びその病理のモニタリングをする。従来の評価にはない「内部観察」というものがどのように引き出されるのか。病理とは何をさすのか。認知運動療法開始当初は、脳の機能をシステムとしてではなく、病変から生じるものと考えたり、本人の言述やそれに相当するような振る舞いを内部観察として使用すればよいと思っていた。しかし、ただ見えているものや問いかけに返ってくる想像もしない言語に振り回され、その先にある病理（仮説）になかなか辿りつかない。ではどのように推察していくのか。故人見眞理が提唱したカスケードに沿って行ってみる。しかし、そこにうまく収まらない。今回の症例がそれに対し考える手立ての一人となった。学齢期に脳炎を発症し、長い経過を辿っている。認知運動療法に出会うまでは、従来の方法で評価し、ファシリテーションテクニックなど用いながら訓練を進めてきた。ただ、成人の片麻痺と比べ「何か」が違っていると感じていた。仮説を考えるがなかなかしっくりこない。それでも進めていく中で少しずつ読み取れることが増えてくる。変化の過程には必ず新たな評価が加わる。外部観察にはセラピスト側が働きかけをすることで見えてくることも含まれる。従来行ってきた評価を少し視点を変え、行うようにすることで内部観察がしやすくなり、仮説が立てやすくなると考えるようになった。

2、症例と経過

60代女性。日本脳炎後遺症

6歳時日本脳炎に罹患。以後右片麻痺と運動性失語を呈する。41歳理学療法（以下PT）開始。

認知運動療法開始前は、成人同様の片麻痺の評価から動作分析、ADL評価など行い、ファシリテーションテクニックなど用いながら動作中心の訓練を展開。短下肢装具、ロフトランド杖導入。使いこなすまで2年の歳月を要す。年々転倒が増加してきたが、板が倒れるように転んだあと、何事もなかったように歩き出す様子が見られていた。まったく怖がる様子もないため、はたから見て疑問に思うことがあった。歩行中加速し、つま先が引っ掛かる他、遠くから手を出す、動くものにつかまるなどが転倒の原因。空間的な問題も何かしらあるのではと思われた。

①認知運動療法開始当初は、右片麻痺に合わせ、視床の病変による感覚障害を問題としてとらえ、「右が感じ取れないことにより、床や物と関係性が取れないのでは」を仮説とした。

左右比較しながら接触課題や空間課題を行った。初めは注意がなかなか向かず、声かけなど繰り返しながら課題を行なった。内科的疾患により歩行は一時中止。

その後、伸張反射の亢進の減少や、注意が向きやすくなったこと、上肢のわずかな動きに本人が「あっ」と発声するなど変化があり、このまま細分化をさらに続ければもう少し動きが出てくるのではと思っていた。ただ、空間での動きはなかなか表象されず、接触課題もしばらく訓練の間が空くと感じ取れず、最初から行うことがあった。また、身体全体が動いていることや、自分の体について語る時のセラピストの予測に反する言語など、評価上見えていても取り扱えないことがいくつかあった。

②半年経過する頃まで、訓練中は変化があったものの日常は変わらず。空間課題では身体を感じ取ることがなかなかできない。そこで少しずつ言語での誘導をしたり、自分の絵をかいてもらいなど評価を足しながら、続けていった。

肩、股関節などの空間課題時、どこでそれを感じたか聞くと、手や足部など末梢を指す。どこかを動かそうとすると身体全体が動く。自分の足はどこまでか聞いてみると足尖から肩までさす。閉眼など意図的な動き要求するとうまく出来ず、顔を手で押さえたあと、ベッドに横になるなど視覚イメージを使う。動きと同じカードを選択するような、体性感覚と視覚の変換課題が出来ない。自画像をかくと鏡のように左右逆に描く。

これらから片麻痺として捉えていたのではうまくいかないことに気づき、仮説をたてなおすことに。身体で感じ取ることが十分できず、注意を向ける事ができない。また、向けるためには相当な努力や集中が必要。麻痺側だけでなく、身体の事がよくわからず、自分の身体の分りにくい部分を視覚イメージを用いて代償していると仮説。視覚を遮断した状態で身体に起こる変化を感じ取ることを行うことを次の訓練とした。歩行が再開。

③その後1年半くらいまで、身体を感じ取る課題に終始。いろいろな場面で「感じ取ろうとする

時どういう変化が生じるか」観察しながら進めた。また、突然生じる視覚、聴覚の変化についても意図して観察するように。1つ1つのことに注意が向きやすくなかった。しかし無意識の動きの中では改善されず。どこかに注意をむけるとその部分以外に注意が向かなくなる（例えば足底に注意向けると体幹のコントロールができなくなる）・視覚遮断した状態で歩行しても、目隠しをしない時と変わらず。（杖を気にしていたと）・右手不安定板の上に置き、他の課題を呈すると、コントロールできない（デュアルエクササイズにならない）・視覚、聴覚などの刺激にすぐ反応し身体全体が向く・変化としてはトランスファー時の車椅子のブレーキはかけ忘れが減った（記憶の向上？）

視覚は体性感覚の代償にはなっていなかった。一つ注意が向くと他にむけられないことが問題と考えるように。1つ1つの評価を意識して記述してきたことで、この頃によく内部観察ができてきたように思われる。

内部観察として

・1つ1つの感覚が未熟で、視覚と体性感覚のような異種感覚を同時に使用できないため、何かわかりやすいものを頼りにしているのでは・対応は出来ていると思っているため全くこまっていない・身体を少し世界との間で感じ取れる部分ができてきたと気付きは始めている。

病理として・自分の身体を用いて、環境との関係性が上手に作れないため、視覚、聴覚など分かる情報を用いて関係性を作り対応してきた事に気づくことができない。

訓練内容・頭の重さ、身体の重さを感じ取る・スピード、動く大きさなど変え、自分の体に起こる変化に気づく・視覚の組織化

④その後1年

内部を少し観察できるようになってきたため、ただ記述していた評価も少し整理できるようになってきた。ここでようやく振る舞いの中に見えてくる、言語、意識、注意なども評価として扱えるようになる。（観察として）・訓練としては視覚と体性感覚、言語と体性感覚などの変換なども取り入れるように

観察上変化した点

・視覚の向上、頸と眼のコントロールは向上したがまだぎこちなく、注視を持続すること難しい・自分なりの安定した立位・座位の位置、傾きなどに気づき、調整が多少できるように・立位で本を見る、エアークッション上で本をみるなどデュアルエクササイズが可能に・課題への集中度が増す・身体の動きに伴う記憶も少し可能に

変化しない点

- ・課題を変えると（足部の課題から膝の課題へなど）、注意を向けるまで時間がかかる。
- ・右側の上下肢、左股関節、膝関節分かりにくく、毎回最初から。

感じ取るのは早くなった

内部観察として・自分の身体の変化に気づくようになり、調整が出来るようになってきたが、意識しないとコントロールできないことも多いことに気付いてきた。本人の世界は今までと変わらず
病理として・自分の身体を感じ取れないことに気づき、困惑しているのでは

⑤その後右下肢の骨折、痛みの出現、軽減を経て、再度初めから身体と向き合い感じ取る課題へ。いろいろな場面を設定したり、いつの事項を場面を横断してみられるように。それらから、誘導して導き出されたことも評価として取り入れられるように

評価として・動作や振る舞いが以前よりは落ち着き、急激な行動が減少。ただし、状況によっては、視覚聴覚情報に先に反応・骨折後左側をより使いやすい。(右麻痺傾向が著明)・動作上苦手なことを避ける傾向に・出来ること出来ないこと、行うこと行わないことなど自分で選択・歩行中の自分の体について突然「あれをみていると歩きやすい」と表現することがあった・視覚情報の処理を自分の身体を動かして試みるように(見たことを実際に真似しようと試みる)・うまくいかない時はガイド(指さし、声かけなど)すると分かる事が増加、自らもガイドを使用するように・距離の目測や、物に合わせてあらかじめ空間で身体を形づくることはできない。

内部観察として・自分の身体は右が分かりにくく動かしにくいと了承・年齢も重ね以前のように動けないと感じてきていることと・世界は周りのひとに声をかければ何とかなるもの。声をかけられない時には自分で対応できるもの

病理として・右のほうが使いにくいという自分のありようを感じ始めているため、出来るところで対応しようとしている。そのため、時に、意識も動員され始めている

・様々な情報が飛び込んでくるような難しい場面では以前のように身体を無視する傾向に。
・これらの事から身体がなかなか背景化せず、以前の(身体が無視された)モードがたちあがりやすい。意識の働きが身体の制御にも無視にも働く

⑥世界との関係性としての身体を眺めた時、うまく調整できないのが本当の病理ではないのかという疑問から、物に対し、自分の身体を変化させることを訓練として取り入れ始めた。まずは変化するものに対応する練習や、変化しないものに対しては予測を先にたて、物との距離や大きさ、物の性質などへの対応をあらかじめ行ってから、動くことを訓練とした。今はその中でどのように身体を合わせようとしているのか評価を続けている

以前にくらべるとおおざっぱではあるが動き方を変えようとしている様子が見られる。

3、症例まとめ

認知運動療法開始当初は、右片麻痺としてとらえて左右比較しながら行うような組立をしていたが、いろいろな問題に突き当たるなかで、その解釈が違っていることに気づきはじめた。その後も視覚の使い方や表面化したり、無視されたりするからだ付き合いながら、「身体内感」とは何か、「内部観察」とは何を以ていうのか、「世界」とはいったい何を指しているのかなど、言葉に奔走され、あてはめたりやめたり、後付したりしながら行ってきた。また、変化したと思われた部分ができるようになったことなのか、自分が気づいていなかったためなのか、混乱することもあった。

学童期の動きたい盛りに、突然の発症により昨日と違う身体になったとき、それをうまく使うために無視されていた身体。視覚、聴覚、言語などわかる情報を適度に使うことで注意を分散し、何も困ることなく生活していた30年の月日に介入することにどのような意味があったのか。今あらためて振り返ってみると、杖や装具を使うことは、今まで自由に使っていた左をも拘束することになり、導入することにより減少するはずだった転倒も、その後徐々に増加する結果となった。「脳としては安定している状態」。安定を不安定になる状況に誘導したのは間違いない。ただその安定は永遠の安定ではない。我々でも加齢とともに生じてくる身体的な変化には気づきにくい。それに加え、内科的・外科的エピソード後の回復過程のような急激な変化においては、今ある脳の安定の中だけでは済まされない。新たな安定を作り出すことが必要となってくる。その根源になるものは、やはり自らの身体だと思われる。最近では、小さい子供のように自分の身体を気にして聞いてくることや、語ることもみられ、自分の身体というものを興味を持って見られる対象となってきたように感じる。見え隠れする身体と付き合いながら、周囲の環境をうまく利用していくことに今後付き合おうと考えている。

4、病理を考察するには

認知運動療法開始当初は、病理までたどり着かず、仮説を立てるという行為そのものに困惑することが多かった。その理由を考えると①絶対的な評価が足りない事②その観察を縦断的・横断的に見ることができず、気になる断片を取り出してしまうこと（外部観察から内部観察に至っていないこと）または見えているものそのものを病理ととらえ次の思考に結びつかないこと（病理の解釈に至らないこと。）③解釈にあたり、人見や、認知神経リハビリテーションの中で使用する難しい言語の中に、その状態をはめ込んで無理やり解釈しようとする「つじつま」があわなくなってくることなど思い浮かぶ。

病理の解釈には、評価の仕方から工夫が必要である。まずは1つ1つの項目をより深く見ていき、さらに、その項目とほかの部分のつながりを見ていく必要がある。例えば「追視」であれば、眼球のうごきはどうか、右と左どちらでみているか、その時頭はどう動いているのか、身体はどうか、どのくらい見ていられるのか、対象物のどこを見ているのか、対象物に合わせた動きができるかなど・・・

また、内部観察という「世界」を知るためには、その人の動きが、視線が、会話が、注意が、周囲の人や物・音といった環境（環境を世界の一部として考える）と接する場面でどういう風になるのかという視点で見ていく必要があると思われる。また、いくつもの場面設定の中で常に同じふるまいになることや、困難を伴うことを探す。このように観察が縦断的・横断的にできてこそ考えられるものと思われる。その裏に病理が潜んでいる可能性がある。

観察の視点がたくさんあり、今何を見るべきかが明確であれば、「誘導」を通しての評価も加わる。もう一つ重要なのは、言語のとらえ方である。発せられる言葉そのものではなく、プレスピーチの時子どもと接するように、表情、視線、身体の緊張、態度など、身体全体から発せられるものすべてを言語としてとらえることができると、目の前の言葉に惑わされない。故人見は「ふるまい」という言葉を用いていたが、それもこれらの言語を含んでいると思われる。

7月にあった発達期の子どもへの認知運動療法の特別セミナーの、ブッチーニ先生の講義の中で、「行動の中に隠されたプロセスを浮き彫りにしなくてはならない」それには「常に思考すること」と「すぐにはわからないが、どの部分が変質しているか見出すこと」が必要と話されていた。

病理までなかなか行き着かないかもしれないが、地道に評価を重ね、ある時は訓練の中で変化するのを信じて待ち、あるいはきっぱり違う方法を試みながら、立てた病理をモニタリングしながら続けていくことが重要と考えている。

参考文献

- 1) 人見眞理：リハビリの臨床と現象学 青土社 2012
- 2) 人見眞理：病因論からリハビリ的病理へ 第3回人間再生研究会 講演 2011
- 3) 河本英夫：認知から認知行為へ 第3回人間再生研究会 講演 2011
- 4) 河本英夫：臨床するオートポイエーシス 青土社 2010
- 5) 浅野大喜：発達科学入門 協同医書出版社 2012
- 6) 森岡 周：脳を学ぶ 協同医書出版社 2007
- 7) 森岡 周：脳神経科学入門 協同出版社 2007 第4刷
- 8) 発達期の子どもへの認知運動療法抄録 2012 認知神経リハビリテーション学会特別セミナー